Alcaldía de Bucaramanga	ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 3.0 Fecha: JULIO-12-2021 Página: 1 de 2

DATOS DEL CONTRATO		
DEPENDENCIA	SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	
ACTA No.	2	
FECHA DEL ACTA	01/04/2025	
No. DE CONTRATO Y FECHA	743 - 04/02/2025	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES	
CONTRATANTE	MUNICIPIO DE BUCARAMANGA NIT 890.201.222-0	
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERA INDUSTRIAL PARA APOYAR EL AREA DE GESTIÓN DOCUMENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS DE LA SECRETARIA DE INFRAESTRUCTURA	
CONTRATISTA	NOMBRE	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
	C.C./NIT	1098728508
REPRESENTANTE LEGAL	NOMBRE	CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
	C.C./NIT	1098728508
ORDENADOR DEL GASTO	NOMBRE	MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
	CARGO	Secretario (a) de Infraestructura
	C.C.	63337510
SUPERVISOR	NOMBRE:	MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
	C.C./NIT:	63337510
VALOR DEL CONTRATO	$ 42.000.000,00	
VALOR ADICIONADO	$ 0,00	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO 0,00 %	$ 0,00	
CDP	NÚMERO:	1075
	FECHA:	27/01/2025
CDP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
RP	NÚMERO:	1469
	FECHA:	05/02/2025
RP ADICIONAL	NÚMERO:	No Aplica
	FECHA:	No Aplica
PLAZO DEL CONTRATO	Fecha de Inicio	05/02/2025
	Fecha de Finalización	04/08/2025
	Nueva Fecha Terminación	No Aplica
	Duración	(6) SEIS MESES

Secretaría Administrativa
Revisado por
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga
Aprobado
2-04-25

MODIFICACIONES DEL CONTRATO					
	Tipo de Modificación	**No.**	**Tiempo**	**Fecha Inicial**	**Fecha Final**
	Suspensiones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Prórrogas	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Tipo de Modificación	**No.**	**Fecha de la adición**	**Valor adicionado**	**Valor total del contrato**
	Adiciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
	Otras Modificaciones	**No.**	**Fecha de la modificación**	**Observaciones**	
	Cesión/OtroSi/Aclaraciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica	
FECHA DE APROBACION DE POLIZAS	No Aplica				

DATOS PARA PAGO DEL CONTRATO				
PERIODO DE COBRO	DESDE: 01/03/2025			
	HASTA: 30/03/2025			
VALOR A COBRAR	$ 7.000.000,00			
ANTICIPO AMORTIZADO	0.00 % Valor a amortizar: $ 0,00			
PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	**PERIODO DE COTIZACIÓN**	**FECHA DE PAGO**	**Nro. PLANILLA INTEGRADA**	**INGRESO BASE DE COTIZACIÓN**
	Marzo	17/03/2025	76022569	$ 2.800.000,00
	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	**ADMINISTRADORA DE FONDO DE PENSIONES**	**ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**	

Alcaldía de Bucaramanga	**ACTA DE EJECUCIÓN PARCIAL DEL CONTRATO/CONVENIO**	Código: F-GJ-1140-238,37-082 Versión: 3.0 Fecha: JULIO-12-2021 Página: 2 de 2

	SURA EPS	PORVENIR S.A.	POSITIVA COMPAÑIA DE
	VR PAGADO $ 448.000,00	VR PAGADO $ 350.000,00	VR PAGADO $ 14.700,00

CONSTANCIAS

1. En la ciudad de Bucaramanga, se reunieron MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS quien actúa en nombre y representación de MUNICIPIO DE BUCARAMANGA en calidad de Supervisor, y por la otra CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ quien actúa en nombre y representación propia , con el fin de entregar y recibir el informe de avance de ejecución del Contrato.

2. El Contratista acreditó el pago de la seguridad social integral efectuado mediante la planilla relacionada

3. El Contratista ha ejecutado las actividades estipuladas en el Contrato de acuerdo a las especificaciones técnicas y a satisfacción según informe de cumplimiento de obligaciones contractuales, las cuales fueron aprobadas por el Supervisor.

4. El Supervisor autoriza el pago de las actividades realizadas, de acuerdo con el siguiente detalle:

Valor ejecutado en la presente acta: 2	$ 7.000.000,00
Valor IVA:	$ 0,00
Menos amortización del anticipo / Menos pago anticipado	$ 0,00
Valor bruto ejecutado a pagar	$ 7.000.000,00

5. Se adhiere y anula estampilla (s):

ESTAMPILLA	No.	VALOR
PRO-HOSPITAL	2502500177604	$ 4.800,00
ORDENANZA 012	2502500177604	$ 480,00

Para constancia de lo anterior, se suscribe la presente acta en Bucaramanga, Santander el 1 de Abril de 2025.

Supervisor

MARIA DEL ROSARIO TORRES VARGAS
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
Supervisor

Contratista

CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Representación propia
Contratista

Elaboró: ANDREA SUAREZ LEAL - CPS 197 AndreaSuarezLeal.
Revisó: ANDREA SUAREZ LEAL - CPS 197

Secretaría Administrativa
Revisado por:
Oficina de Contratación
Alcaldía de Bucaramanga

Recaudo de Estampillas

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recibo Nº
2502500177604

Contribuyente

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

PRO HOSPITAL	$4.800
Total Estampillas	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)7709998038639(8020)02502500177604(3900)00000000005280(96)20250325

0000000000
2705731749

Fecha de Expedición 17/03/2025 11:19:03 a. m. **Fecha Limite de Pago** 2025/03/25

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Trámite

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500177604

0000000000
2705731749

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Tipo de Doc. C.C.
Nombre: CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección:
Número: 1098728508
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$4.800
Total Estampillas	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

SYC

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500177604

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Total a Pagar	**$5.280**

Fecha de Expedición 17/03/2025 11:19:03 a. n **Fecha Limite de Pago** 2025/03/25

PRO HOSPITAL	$4.800
Total Estampillas	**$4.800**
Ordenanza 012	$480

Gobernación

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500177604

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

PRO HOSPITAL	$4.800
Total Estampillas	**$4.800**
Ordenanza 012	$480
Total a Pagar	**$5.280**

Contribuyente **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502500177604(3900)00000000004800(96)20250325

Fecha de Expedición 17/03/2025 11:19:03 a. m.
Fecha Limite de Pago 2025/03/25

Banco

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº
2502500177604

Con ribuyen e **Tipo de Doc.** C.C. **Número** 1098728508
Nombre CATHERIN ROCIO DE ALBA MENDEZ
Dirección **Teléfono**
Municipio BUCARAMANGA **Departamento** SANTANDER

(415)8902012356005(8020)02502500177604(3900)00000000004800(96)20250325

(415)8902012356006(8020)02502500177604(3900)00000000000480(96)20250325

Trámite CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: **Alcaldía de Bucaramanga - BUCARAMANGA**

Fecha de Expedición 17/03/2025 11:19:03 a. m.

Total a Pagar	**$5.280**

PRO HOSPITAL $4.800

BP G. 11048001150-1
BP SYC. 22048012843-8

Total Estampillas	**$4.800**
Ordenanza 012	$480

Pagado Electrónicamente